OBSERVATIONS

N° 110.

SUR LES RÉTRÉCISSEMENS

DU CANAL DE L'URÈTRE,

SUIVIES

DE QUELQUES PROPOSITIONS SUR CETTE MALADIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 28 juin 1832, pour obtenir le titre de Docteur en médecine;

PAR Jn-EUGÈNE CLERC,

DE LYON;

Élève interne de l'Hôtel-Dieu de la même ville.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Président.*
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD, *Examinateur.*
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, *Suppléant.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX, *Examinateur.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin, *Examinateur.*	Hatin, *Examinateur.*
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Bronchiart.	Piorry.
Cotteréau.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GENSOUL,

Ex-Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

J.-E. CLERC.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/observationssurl0004vari

AVANT-PROPOS.

S'il est vrai qu'en médecine on puisse généralement, par une étude sévère et long-temps soutenue, arriver non-seulement à connaître les maladies, mais encore à préciser les indications curatives et à les remplir, cette proposition cesse d'être parfaitement exacte si on l'applique à cette partie de la pathologie que l'on distingue par le nom de chirurgie.

En effet, en médecine comme en chirurgie, par une fréquentation assidue des cliniques, on acquerra la science du diagnostic et celle des moyens thérapeutiques; mais, dans le premier cas, l'application de ces moyens sera presque toujours facile; dans le deuxième, au contraire, on se trouvera souvent embarrassé, parce qu'ici il ne suffira plus d'avoir vu faire, il faudra encore avoir fait soi-même. Riche de l'expérience du maître, le jeune médecin pourra

conseiller et agir; l'expérience des autres ne suffira pas au jeune chirurgien.

Ces réflexions, justes pour tous les moyens chirurgicaux un peu difficiles, je les appliquerai ici spécialement au cathétèrisme et au traitement des rétrécissemens du canal de l'urètre, opérations dans lesquelles le chirurgien seul sent agir l'instrument que sa main dirige. Par des explications claires, il donnera bien à l'élève les connaissances théoriques; mais il ne lui apprendra point à trouver, à sentir et à reconnaître les obstacles. L'élève devra donc saisir avec empressement toutes les occasions d'appliquer les instrumens. Il acquerra ainsi cette précieuse habitude qui, plus tard, lui fera éviter ces tâtonnemens aussi pénibles pour le malade que pour celui qui lui donne des soins.

Placé dans une position des plus favorables pour pouvoir observer et agir, j'ai tâché de profiter des avantages qui m'étaient offerts. J'ai eu à observer un grand nombre d'individus affectés de rétrécissemens du canal de l'urètre; la maladie a été suivie jour par jour, et les moindres changemens dans sa marche ou dans le traitement ont toujours été notés avec soin. Ainsi j'ai pu, en rapprochant les faits recueillis, comparer et juger les avantages respectifs des deux méthodes de traitement.

Ce que j'ai fait, je le dois à M. *Gensoul*, alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon; en lui dédiant cet essai, je ne fais donc que remplir un devoir bien doux pour un élève reconnaissant.

La lecture de la thèse de M. le professeur *Lisfranc* fit naître en moi le désir d'étudier la maladie qui en fait le sujet.

Dès-lors, je m'attachai à suivre tous les cas de rétrécissemens reçus dans les salles de chirurgie. Mon collègue M. *Coudray* ayant donné à ses études la même direction, nous nous unîmes pour marcher plus sûrement. A la fin de l'hiver de 1831, nous avions relevé un assez bon nombre d'observations.

Ce que j'avais commencé, je le continuai avec M. *Chavériat*, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu. Dans ce dernier semestre d'hiver, treize malades furent soumis à notre observation. De ce nombre, dix sortirent guéris, trois par la dilatation, les sept autres par cette méthode, combinée avec la cautérisation. Des trois qui restent, deux ne passèrent que quelques jours à l'hôpital, nous ne pûmes les traiter. Le dernier, vieillard très âgé et d'une constitution détériorée, était affecté d'un rétrécissement très ancien et de plusieurs fistules urinaires. Nous ne pûmes jamais faire pénétrer ni bougies, ni sondes dans ce rétrécissement, qui était long d'un pouce et demi, très étroit et

extrêmement sinueux, ainsi que nous le démontra l'autopsie.

Forcé de me renfermer dans les limites étroites d'une thèse, je ne pourrai citer qu'un petit nombre de faits. L'observation qui suit est celle du premier malade que je pus traiter; les deux autres ont été recueillies l'hiver dernier.

OBSERVATIONS

SUR LES RÉTRÉCISSEMENS

DU CANAL DE L'URÈTRE,

SUIVIES

DE QUELQUES PROPOSITIONS SUR CETTE MALADIE.

Ire. OBSERVATION.

Bubon. Blennorrhagie. Rétrécissement à trois pouces et demi. Abcès au périnée. Fistule urinaire. — Traitement par la dilatation et la cautérisation plusieurs fois interrompu. Guérison.

Artème Rivet, âgé de quarante ans, maçon, de Clermont-Ferrand, eut, à l'âge de vingt-quatre ans, des bubons et une blennorrhagie assez intense. Après une quarantaine de jours, les bubons étaient guéris; mais l'écoulement persista pendant cinq mois, et céda à des injections astringentes. Depuis, il n'a jamais eu d'autres maladies vénériennes.

Jusqu'à l'âge de trente-un ans, l'écoulement de l'urine avait tou-

jours été facile : c'est seulement à cette époque qu'il commença à s'apercevoir qu'il urinait moins facilement et par un jet moins gros. Il ne fit d'abord rien pour arrêter la marche de cette maladie; plus tard, il prit quelques tisanes qui ne changèrent rien à son état. L'incommodité que Rivet éprouvait étant bien supportable, il put pendant les cinq premières années se livrer à ses occupations habituelles. Cependant le mal faisait des progrès.

Dans l'hiver de 1826, les symptômes s'aggravèrent : les envies d'uriner devinrent plus fréquentes; elles étaient très pressantes, et s'il arrivait que le malade ne pût les satisfaire aussitôt, l'urine s'écoulait, quelque effort qu'il fît pour la retenir. D'autres fois, la dysurie augmentait encore, et l'urine ne s'écoulait que goutte-à-goutte, ou par un jet petit, incertain, tournoyant, divisé, interrompu, et après de grands efforts. Il resta dans cet état pendant tout l'hiver; ce ne fut qu'au retour de la belle saison qu'il survint un amendement dans les symptômes. L'incontinence cessa. La même série de symptômes se reproduisit pendant l'hiver et l'été des années 1827 et 1828. Très-souvent il lui arriva, après des refroidissemens, des travaux pénibles ou des excès de boisson, de perdre son urine sans s'en apercevoir.

Pendant l'hiver de 1829, la difficulté d'uriner était extrême, les envies très fréquentes, très pressantes; l'urine ne sortait que goutte à goutte et après des efforts très pénibles. D'abord l'incontinence reparut comme elle s'était déjà montrée; plus tard, elle fut continuelle. Rivet fut obligé de se garnir de linges destinés à recevoir l'urine, qui était depuis long-temps épaisse, glaireuse. Souvent il eut des accès irréguliers de fièvre, marqués le plus ordinairement par les trois stades, et pendant lesquels tous les symptômes s'exaspéraient encore. Enfin, ces accès reparurent assez régulièrement pendant près de dix-huit mois, affectant le type tierce. Jamais il ne se déclara de rétention complète. Les désirs vénériens se faisaient sentir moins fréquemment, les jouissances étaient moins vives. Le sperme n'était plus lancé; quelque temps après le coït, il sortait en bavant

du canal de l'urètre. Malgré l'état fâcheux dans lequel il se trouvait, le malade ne demanda de conseils à personne; il se contenta de mener une vie très sobre et de boire quelques tisanes délayantes.

Léger amendement des symptômes pendant l'été. Son état général, alors comme précédemment, était assez bon; il continuait à travailler.

Le 13 octobre 1830. Depuis un mois, la difficulté d'uriner et l'incontinence avaient reparu et étaient allées en augmentant; un abcès formé au périnée s'était ouvert et livrait passage à l'urine : cette complication décida le malade à se faire traiter. Depuis la formation de la fistule, envies d'uriner un peu moins fréquentes, surtout moins pressantes; après de grands efforts, l'urine s'écoulait avec douleur, lentement, goutte-à-goutte d'abord, puis par un jet divisé, incertain, contourné en spirale, et qui tombait sur les pieds du malade; il en sortait aussi un peu par la fistule.

Le 14 octobre, le traitement par la dilatation fut commencé. Une corde à boyau n°. 2 rencontra à trois pouces et demi un obstacle sur lequel elle arc-bouta, et qu'elle franchit ensuite avec peine et en produisant une douleur assez vive.

Le 15 et le 16, dilatation avec la même corde à boyau.

Le 16 au soir, corde n°. 3 introduite avec assez de peine. Quand je la retirai après trois quarts d'heure, son volume était double. Immédiatement après, jet de l'urine un peu plus gros, mais encore divisé et incertain; l'urine coulait par la fistule. (Traitement émollient.)

Le 10 décembre. La dilatation fut continuée jusqu'au 10 décembre, chaque jour, matin et soir. Une bougie n°. 6 passait assez facilement; une plus grosse ne pouvait être introduite sans produire une irritation assez vive pour gêner l'émission de l'urine. A cette époque, le malade se trouvait dans l'état suivant : la fistule était parfaitement cicatrisée, il ne restait au périnée qu'un petit noyau d'engorgement. Jet de l'urine facile, bien lancé, non divisé, d'une assez jolie grosseur. L'obstacle, facilement senti en touchant le canal, disposé cir-

culairement, mais marqué surtout en bas, arrêtait encore la bougie, qui cependant le dépassait bientôt.

La dilatation n'ayant pu faire disparaître l'obstacle, je pensai qu'il convenait de le détruire par le caustique. N'était-il pas à craindre, en effet, que si le malade négligeait de continuer l'usage des bougies, le rétrécissement vînt à se reproduire?

Deux empreintes, prises toutes deux à trois pouces et demi, donnèrent absolument la même forme. Le prolongement était fortement étranglé et gros comme une bougie n°. 4, preuve évidente du resserrement du canal dans le point malade. Cautérisation avec la sonde de *Ducamp*. Le caustique est appliqué circulairement, mais surtout en bas. Très légère douleur.

Le 21 décembre. Depuis le 12, dilatation avec une corde n°. 6. L'urine, dont le jet avait perdu un peu de sa grosseur, les deux ou trois premiers jours après la cautérisation, s'écoulait plus facilement. Empreinte. Cautérisation avec la sonde de *Ducamp*. Cuisson légère.

Le 24. Après cette deuxième cautérisation, mêmes changemens dans le jet de l'urine qu'après la première. Urines faciles, moins fréquentes. Rivet, forcé de retourner à ses travaux, quitta l'hôpital. Je lui recommandai d'introduire chaque soir la corde à boyau, afin de ne pas perdre ce qui avait été obtenu.

Le 6 mars. Depuis huit jours, fatigues, excès fréquemment renouvelés; interruption de la dilatation. A la suite, diminution du jet de l'urine; rétention. Une bougie élastique, introduite et retirée aussitôt, suffit pour rétablir le cours des urines.

Le 7. Une sonde n°. 6, cylindrique, ne dépassait pas le rétrécissement; une bougie emplastique, conique, n°. 6, le traversait, mais elle était un peu serrée.

Le 8. Empreinte sans relief avec un prolongement n°. 3. Cautérisation circulaire avec la sonde de *Ducamp*.

Le 10. Même empreinte. Cautérisation.

Le 12. Empreinte plus volumineuse. Légère cautérisation.

Le 13. Jet de l'urine un peu plus petit.

Le 14. Empreinte un peu plus grosse. Cautérisation.

Le 15. J'explorai le canal en-deçà du premier rétrécissement, et je trouvai, à six pouces, un obstacle que j'avais déjà cru reconnaître. Pendant quelques jours, des bougies emplastiques, n^os^. 2 et 3, furent introduites; tantôt elles pénétraient très facilement, tantôt elles ne pouvaient passer et se repliaient. Douleur assez forte, cuisante, au périnée, causée probablement par les tentatives d'introduction. (Huit sangsues au périnée, grand bain.)

Le 21. Les accidens qui s'étaient manifestés ont disparu. La difficulté d'explorer au travers du premier rétrécissement, celui qui est à six pouces, fit renvoyer son traitement après celui du premier. Empreinte. Cautérisation.

Le 23. Autre empreinte, dépression circulaire peu profonde, cautérisation. Quelques instans après l'application du caustique, le malade rendit, après quelques efforts pour uriner, un morceau de cire presque gros comme un pois, qui était resté engagé dans le canal.

Le 8 mai. Depuis le 25 mars, trois cautérisations furent pratiquées; le malade continua à introduire des bougies ou cordes à boyaux n^os^. 6 et 7.

Le 23 octobre 1831. Durant les cinq derniers mois, les urines furent toujours faciles, rendues par un jet de la grosseur d'un canon de plume ordinaire, quoique pendant deux mois le malade eût négligé de passer des bougies. La tumeur allongée que l'on sentait dans le point du canal où existait le rétrécissement avait tout-à-fait disparu.

Une très légère cautérisation, pratiquée sur l'obstacle qui arrêtait les bougies à six pouces, a rendu leur introduction très facile.

Lorsque Rivet réclama les secours de la chirurgie, je venais de relire la dissertation inaugurale de M. le professeur *Lisfranc* sur les rétrécissemens du canal de l'urètre; frappé des avantages attribués à la

dilatation par les traducteurs de la thèse citée, MM. *Vésignié* et *Ricard*, je pensais que par l'usage des bougies et des sondes on pourrait aisément arriver à la guérison de ce malade. La dilatation, pratiquée depuis le 14 octobre jusqu'au 10 décembre, fut suivie d'un changement avantageux dans son état. L'ouverture fistuleuse était cicatrisée ; l'urine s'écoulait facilement ; le canal admettait une bougie d'un volume assez considérable. Mais il restait un obstacle assez prononcé, facile à sentir, que la compression n'aurait certainement pas fait disparaître. La cautérisation fut faite pour les raisons indiquées ailleurs : quelques jours plus tard, elle fut renouvelée. Ces deux cautérisations, qui n'avaient pu détruire qu'une partie de l'obstacle, suffirent pour amener dans la grosseur du jet de l'urine et dans la largeur du canal un changement favorable.

Le malade, forcé d'interrompre le traitement, dut continuer à introduire des corps dilatans, afin de maintenir dans un écartement convenable les parois du canal. Des excès et la négligence qu'il apporta dans l'emploi de la dilatation occasionèrent une rétention qui n'eut pas de suites graves. Il se décida alors à continuer le traitement commencé. Quatre cautérisations furent pratiquées en peu de temps à des intervalles trop peu éloignés : aussi serait-il raisonnable de penser qu'elles n'ont point agi d'une manière bien efficace, parce que les escharres n'ayant pas eu le temps de se détacher, le nitrate d'argent était appliqué sur des parties déjà touchées. Les cinq autres cautérisations, pratiquées depuis le 25 mars jusqu'au 8 mai, n'ont rien offert de remarquable, si ce n'est la huitième, après laquelle il est survenu une rétention qui a cessé après quelques instans; elle était causée par un petit morceau de cire détaché du prolongement de l'empreinte et situé derrière l'obstacle, qui le retenait. Cet accident, assez fréquent, est très rarement suivi de symptômes un peu graves. La forme de l'empreinte, l'état des parties au niveau du rétrécissement, leur plus ou moins grande sensibilité, ayant éclairé sur la cause de cette rétention, le cathétérisme est le seul moyen de faire cesser les accidens.

Dans l'intervalle des cautérisations et pendant assez long-temps après la dilatation fut continuée. Mais il y avait encore au niveau du point naguères rétréci, cette tumeur olivaire, qui conservait à peu près le même volume. Pensant qu'elle était entretenue par l'irritation que produisait la dilatation, je conseillai au malade de ne passer des bougies que rarement. Rivet fit plus que je ne lui avais demandé : pendant deux mois, il s'abstint de l'emploi de tout moyen de dilatation. Après ce laps de temps, j'eus le plaisir de voir que ce noyau d'engorgement avait entièrement disparu, de manière à ne plus pouvoir être senti. Alors, conduisant une sonde d'argent sur la paroi inférieure du canal, je retrouvai à six pouces cet obstacle sous forme de bride, sur lequel je fis une application très légère de caustique. Depuis, la guérison ne s'est pas un instant démentie.

Ce qui doit surprendre sans doute, c'est le long espace de temps qui a été employé pour ce traitement; mais on cessera d'être étonné quand on saura que, forcé de travailler pour subvenir aux besoins de sa famille, plusieurs fois le malade quitta l'Hôtel-Dieu pour n'y rentrer que lorsque le manque de travail le lui permettait.

II^e^. OBSERVATION.

Huit blennorrhagies. Excès habituels. Rétentions incomplètes. Incontinence. Trois rétrécissemens. — Dix cautérisations. Guérison après un mois.

Pierre-Joseph Chopelin, âgé de quarante-huit ans, de Beaujeu, demeurant à Serin, toiseur, contracta à l'âge de seize ans une blennorrhagie assez intense, qu'il garda pendant quinze mois sans la traiter. Au bout de ce temps-là, cette maladie, qui n'avait jamais été compliquée d'affection syphilitique, fut traitée par les frictions. Après trois mois, il ne restait qu'un léger suintement muqueux; le malade, se considérant comme guéri, reprit sa manière habituelle de vivre. Des excès rappelèrent l'écoulement, qui ne disparut com-

plètement qu'après cinq ou six mois. Les urines étaient aussi faciles qu'avant la maladie. Depuis, il eut sept autres blennorrhagies, dont une compliquée de chancres et de bubons. Leur durée ne présenta rien d'extraordinaire.

Jamais il n'a fait usage d'injections; il y avait peu de temps qu'il était guéri de son dernier écoulement, lorsqu'à la suite d'excès de boisson, en 1808, il lui arriva de ne pouvoir uriner qu'avec beaucoup de peine et de douleur; l'urine ne coulait que goutte à goutte et après de grands efforts. Cet état dura pendant quelques jours, après lesquels l'émission de l'urine cessa d'être douloureuse; mais la dysurie persista pendant près de trois mois. Envies d'uriner plus fréquentes, jet bien moins gros que dans l'état naturel, urines ordinairement limpides. (Pilules, tisanes.)

Depuis cette époque, Chopelin conserva toujours une difficulté d'uriner plus ou moins grande, suivant qu'il fît des excès ou qu'il vécut, au contraire, avec sobriété. Des rétentions incomplètes se déclarèrent fréquemment, mais jamais il ne fut nécessaire de pratiquer le cathétèrisme. Quelques années plus tard, à ces symptômes se joignit une incontinence d'urine qui parut assez souvent dans l'intervalle des rétentions. Plusieurs fois elle cessa après des bains froids.

Depuis quelque temps, mais surtout depuis deux mois environ, l'état du malade avait empiré. L'incontinence, qui ne cessait plus, le forçait à se garnir de linges. Les envies d'uriner, plus fréquentes encore qu'auparavant, se faisaient assez bien sentir. Les urines n'étaient rendues qu'après de grands efforts, avec douleur, d'abord goutte-à-goutte, puis par un jet petit, bifide, tournoyant, tombant perpendiculairement. Quand il voulait uriner, le malade était obligé de s'asseoir sur la chaise, parce que les efforts qu'il faisait provoquaient souvent l'expulsion des matières fécales.

Le cathétèrisme, essayé ces jours derniers, ne put être pratiqué.

Le 20 octobre 1831, je vis le malade pour la première fois. Une sonde d'argent n°. 3 fut arrêtée à une assez grande profondeur. La

sonde conique ne put pénétrer. Le frottement des sondes sur une surface rugueuse du canal produisait un léger craquement. Une bougie en gomme élastique n°. 1 arc-bouta d'abord, puis pénétra jusque dans la vessie. Quand le malade la retira, après une demi-heure, il n'urina pas mieux qu'auparavant.

Le 21. Il a uriné dix fois cette nuit. Bougie emplastique n°. 1, placée matin et soir.

Le 22, bougie n°. 2.

Le 23, urines un peu plus faciles. Mêmes moyens qu'hier.

Le 25, une sonde d'argent n°. 6 fut introduite facilement jusqu'à sept pouces; elle ne put aller au-delà. Un porte-empreinte n°. 7, introduit à trois reprises, fut toujours arrêté à cinq pouces et demi; l'empreinte qu'il rapporta offrait une légère bifurcation; le plus long des deux prolongemens, qui représentait sans doute le canal, était inférieur; l'autre, moins long, était en haut. Je ne pensai pas que ce dernier indiquât une fausse route; en effet, les sondes, quoique arrêtées à cette profondeur, ne s'engageaient point dans une lacune, comme cela aurait eu lieu s'il y avait eu une déchirure du canal.

Le 26, exploration du canal avec une sonde d'argent n°. 2. Je trouvai à deux pouces et demi un obstacle peu considérable, situé à la paroi supérieure; à cinq pouces et demi existait un autre obstacle, placé comme le précédent à la paroi supérieure, et sur lequel la sonde faisait un saut bien marqué. Un troisième rétrécissement existait à sept pouces; à cette profondeur la sonde était arrêtée à la paroi supérieure comme à l'inférieure, et ne dépassait ce point qu'après quelques tâtonnemens; au-delà le canal était libre. Entre ces deux rétrécissemens, mais plus près du troisième, on sentait encore des callosités dans une étendue d'un pouce environ. L'introduction plusieurs fois répétée de la sonde ayant amené quelques gouttes de sang, le malade fut laissé en repos.

Le 28, la sonde porte-caustique n°. 2 de M. *Lallemand* pénétra à sept pouces; là elle fut arrêtée par l'obstacle, dans lequel elle

pénétra ensuite. Cautérisation en haut. (Pas de douleur.) Une empreinte prise à cinq pouces et demi montra l'obstacle bien prononcé en haut et un peu à gauche, ainsi que le cathétèrisme l'avait indiqué.

Le 26, cautérisation; douleur nulle.

Les 29 et 30, le malade pouvait uriner sans s'asseoir sur la chaise; l'urine coulait encore, d'abord goutte-à-goutte, puis bientôt par un jet assez bien lancé, de moyenne grosseur, égal, non tournoyant, si ce n'est un peu à la fin. Point de douleur dans le canal.

Le 2 novembre, jet un peu moins gros que ces deux jours passés. Une empreinte prise à cinq pouces et demi fournit les mêmes indications que les précédentes. Cautérisation avec une sonde n°. 3 (Légère cuisson.) La sonde ramena quelques débris d'escharre.

Le soir, urines plus faciles, moins fréquentes.

Le 4, une bougie emplastique n°. 6 traversait très facilement jusque dans la vessie; quelques gouttes de sang. La cautérisation est renvoyée.

Le 5. Une sonde porte-caustique chargée et lutée n°. 3, pénétra jusque dans la vessie; je la retirai en râclant la paroi supérieure du canal; elle sauta sur deux obstacles, l'un à sept pouces, l'autre à cinq pouces et demi. Cautérisation dans ces deux points et sur les callosités étendues à la paroi supérieure du canal, depuis sept pouces jusqu'à six. Autre cautérisation pratiquée en bas à sept pouces, sur un obstacle que l'on sentait bien avec la sonde; légère cuisson.

Le 7, le malade urinait bien; une sonde d'argent n°. 6 traversait aisément le canal; dans quelques points, elle rencontrait de légers obstacles.

Le 8, une bougie n°. 7 ne trouva aucun obstacle; retirée après une demi-heure, elle offrait à sa concavité, à cinq pouces et demi, une dépression linéaire superficielle.

Le 10, une sonde porte-caustique n°. 4 rencontra, à cinq pouces et demi et à sept pouces, les obstacles déjà cautérisés; on

trouvait à peine prononcé le craquement qui était produit sur les callosités. Quatrième cautérisation du deuxième rétrécissement. Troisième cautérisation à sept pouces du troisième rétrécissement, seulement à la partie inférieure. Une empreinte, mais surtout le cathétèrisme, indiquant un rétrécissement peu prononcé sur les parois supérieure et inférieure du canal, à deux pouces et demi, une cautérisation fut faite avec la sonde de *Ducamp*. Légère cuisson.

Le 12, une bougie n°. 8, remplissant bien le canal, le parcourait avec facilité dans toute sa longueur; retirée après vingt minutes, elle présenta plusieurs petites rainures très superficielles sur ses deux faces. Les envies d'uriner n'étaient pas plus fréquentes que dans l'état de santé.

Le 14. A cinq pouces et demi, les brides déjà cautérisées étaient encore senties par la sonde n°. 6. Cautérisation.

Le 17, le canal fut exploré avec la même sonde, qui pénétrait aisément partout; il fallait chercher avec beaucoup d'attention pour trouver, à cinq pouces et demi, un très léger obstacle, qui ne produisait aucune secousse. Pas de bougies. Urines faciles.

Le soir, malaise, un peu de fièvre sans frissons précurseurs. La fièvre se prolongea assez avant dans la nuit et se termina par une sueur abondante.

Le 21. Cette indisposition n'eut pas de suite.

J'attendais quelques jours avant de commencer la dilatation, que je désirais pratiquer pendant quelque temps; mais le malade fut obligé de quitter l'hôpital à l'époque des évènemens désastreux de novembre.

Il y rentra le 1^er^. décembre. Pendant les neuf jours qui venaient de s'écouler, le malade n'avait point passé de bougie; il avait vécu comme à son ordinaire, buvant au moins deux bouteilles de vin par jour. Malgré cela, il avait continué à bien uriner, seulement par un jet peut-être un peu moins gros, quoique d'ailleurs aussi facile, aussi bien lancé. Cette légère diminution de grosseur dans le jet de l'urine ne m'inquiéta point, parce que Chopelin m'avait souvent dit qu'il

n'avait jamais uriné par un jet aussi gros que depuis son traitement. Pendant les huit jours qu'il passa à l'hôpital, j'explorai plusieurs fois son canal, et je ne trouvai aucun obstacle. Une bougie n°. 8 fut placée matin et soir pendant vingt minutes.

Sorti guéri.

Il est assurément impossible, dans ce cas, d'assigner à la maladie une cause autre que la phlegmasie de la membrane muqueuse urètrale. Revenant sur ce qui a été exposé dès le commencement de l'observation, l'on voit que pendant huit ans Chopelin a été successivement affecté de huit blennorrhagies plus ou moins intenses. La première, par l'incurie du malade, dura deux ans environ; les sept autres, pendant six ans, se déclarèrent à des intervalles plus ou moins éloignés. Ainsi, durant un long espace de temps, la membrane muqueuse du canal fut le siège d'une irritation chronique, et l'engorgement dont elle fut accompagnée ne put se dissiper, puisque de nouvelles infections vinrent souvent empêcher la résolution.

Les injections n'ayant pas été employées, on ne peut point chercher à leur attribuer les altérations organiques qui se sont formées plus tard. Ce fait est donc encore à ajouter à ceux déjà si nombreux qui prouvent que les rétrécissemens sont dus, le plus souvent, à la longue durée des blennorrhagies.

Les premiers symptômes par lesquels le rétrécissement s'annonça parurent il y a vingt-quatre ans. La maladie ne suivit point dans ce cas sa marche accoutumée; en effet, le plus ordinairement, après quelques jours, l'action de la cause qui a produit la rétention étant épuisée, celle-ci cesse pour reparaître plus tard après un laps de temps variable, à la suite d'un excès, d'un refroidissement. Dans l'intervalle, le jet de l'urine peut être aussi facile qu'auparavant; ici, au contraire, point de disparition complète des accidens, mais seulement amendement dans les symptômes. L'intempérance habituelle du malade n'explique-t-elle pas suffisamment cette différence dans la marche de la maladie?

Des trois rétrécissemens, le plus ancien, comme le plus étroit, était situé à sept pouces. Il se trouvait formé par deux obstacles qui, bien que plus considérables que ceux placés à cinq pouces et demi, ont cependant été facilement détruits par quatre cautérisations, dont deux furent faites à la paroi inférieure, deux à la supérieure. Il en a fallu cinq, au contraire, toutes pratiquées dans le même point, pour faire disparaître le deuxième rétrécissement, qui était cependant bien moins prononcé. Une seule a suffi pour détruire le premier. L'organisation différente des obstacles doit rendre compte, ce me semble, de l'action plus ou moins rapide du caustique. Le deuxième rétrécissement, formé par des callosités disposées sous forme de brides, ne dut perdre chaque fois que de très légères couches; tandis que le troisième, composé de parties plus molles, plus vasculeuses (comme le prouvait l'écoulement facile de quelques gouttes de sang après l'introduction des sondes jusqu'à ce point), était plus profondément attaqué. Il arrivait là ce que l'on remarque lorsque l'on applique à l'extérieur la même quantité de nitrate d'argent sur des cicatrices ou sur des bourgeons charnus; dans le premier cas, l'on n'obtient qu'une escharre peu étendue et surtout peu profonde; dans le second, l'escharre produite a, en général, une épaisseur et une étendue plus grandes qu'on ne l'aurait cru. Quant aux autres callosités, situées de six pouces environ à sept pouces, elles n'étaient pas disposées comme celles du deuxième rétrécissement; on ne sentait point, en les touchant, ces secousses si marquées sur les autres. Malgré cela, je m'étonne qu'il n'ait fallu qu'une application de caustique pour les détruire entièrement.

Comme on a pu le remarquer, la dilatation n'a été que très peu employée dans ce traitement. Qu'eût-on obtenu de l'emploi des bougies? Un élargissement peut-être assez considérable du canal, un affaissement des parties saillantes, et par suite une disparition momentanée de la dysurie. Mais on n'eût point détruit ces altérations organiques si anciennes, qui fussent revenues à leur état ordinaire, si le malade ne se fût pas astreint à suivre un régime meilleur, et à

faire un traitement continuel. Dix cautérisations, pratiquées dans l'espace d'un mois, ont amené la guérison de Chopelin. Les rétrécissemens cautérisés ne se reproduiront pas, je pense; mais il pourrait arriver, à la rigueur, que de nouveaux obstacles vinssent à se former dans d'autres points du canal, la cautérisation ne pouvant, par une action locale, détruire la disposition morbide de la membrane muqueuse urétrale. On trouvera peut-être que, pendant les huit jours où la dilatation fut pratiquée, on n'introduisit pas dans le canal des bougies d'un volume assez considérable; mais deux circonstances devaient empêcher d'insister sur l'emploi de ce moyen : la première, c'est que le malade n'avait pas un canal très large; l'autre, que les bougies plus fortes que le n°. 8 produisaient une irritation qui aurait nui à la guérison.

III°. OBSERVATION.

Blennorrhagies. Deux rétrécissemens. — Traitement par la dilatation. Guérison après un mois.

Le nommé Joseph-Charles Fugier, âgé de trente ans, cabaretier, demeurant à la Guillotière, fut affecté, depuis l'âge de dix-huit ans, de trois blennorrhagies, qui ne présentèrent rien d'extraordinaire sous le rapport de leur durée comme sous celui de leur traitement. Contre une seule, le malade fit trois injections avec un liquide dont il ne se rappelle pas les propriétés. Ce moyen ne fut pas continué.

En 1826, quatrième urétrite, très peu intense, guérie après une dixaine de jours.

Il y a un an environ, il a contracté une cinquième blennorrhagie, médiocrement intense, que le baume de copahu guérit après trois mois de durée. Mais des excès rappelèrent plusieurs fois l'écoulement, qui ne disparut complètement qu'au bout de six mois. Alors l'émission de l'urine était très facile.

Ce fut dans le mois d'avril 1831, que se manifestèrent les premiers symptômes de la maladie pour laquelle il est venu réclamer des soins.

Après des excès de boisson, il éprouva, sans phénomènes précurseurs, une rétention presque complète. Les envies d'uriner étaient fréquentes, et l'urine ne sortait que goutte-à-goutte, et après des efforts pénibles. (Sangsues à l'hypogastre; bains.)

Après quarante-huit heures, les symptômes s'amendèrent, et six jours plus tard le malade rendait ses urines aussi facilement qu'avant son indisposition.

Trois mois ensuite, et après d'autres excès de boissons, le même accident se renouvela. Mais cette fois-ci l'indisposition ne fut ni aussi grave, ni aussi longue. Le cours des urines se rétablit comme la première fois.

Le jeudi 14 décembre, sous l'influence des mêmes causes, il a été atteint d'une troisième rétention. Sans avoir éprouvé ni malaise, ni frissons, il fut pris, sur les sept heures du soir, d'une envie pressante d'uriner, qu'il ne put satisfaire. La rétention était complète : les envies se renouvelaient à chaque instant, et quand le malade faisait de grands efforts, il était saisi de frissons, de tremblemens, sans pouvoir rendre une seule goutte d'urine. La nuit fut très pénible.

Ne pouvant endurer plus long-temps ses souffrances, il envoya chercher un médecin, qui ne put le sonder qu'avec une sonde en gomme élastique d'un volume peu considérable. Il s'écoula une grande quantité d'urine.

Le lendemain, même état à peu près; le cathétérisme ne fut pas pratiqué.

Les 16, 17 et 18, l'écoulement de l'urine était seulement un peu moins difficile. Le malade, inquiet sur son état, demanda à subir un traitement.

Cathétèrisme.

Une sonde en argent n°. 6 fut arrêtée à quatre pouces environ. Une empreinte indiqua l'obstacle à la partie inférieure du canal. Le prolongement avait la grosseur d'une bougie n°. 1. Cette petite opération détermina une douleur assez vive. Le malade ayant besoin d'uriner depuis plusieurs heures, j'introduisis aisément une bougie élasti-

que n°. 2, qui fut retirée presque aussitôt. Cela suffit pour rétablir le cours de l'urine, qui sortit par un jet assez gros, bien lancé, non interrompu. Le malade conservait depuis long-temps un léger écoulement.

Le 19. Le canal, dilaté le 19 avec une bougie emplastique n°. 2, pouvait en admettre, le 21, une du n°. 4; le 22, une du n°. 6. Cette dernière offrit à sa partie inférieure, à la profondeur de six pouces et demi, une dépression transversale demi-circulaire, déjà marquée sur la bougie placée le 21. Le premier obstacle, qui avait aussi laissé des traces sur les autres bougies, ne fit aucune empreinte sur cette dernière.

Urines plus faciles, mais moins encore qu'on n'aurait pu le penser d'après les progrès de la dilatation.

Le 23, bougie du n°. 7. Dépression à six pouces et demi; une autre à peine marquée en bas à quatre pouces.

Le 24. Hier, les urines ont été aussi facilement rendues qu'avant la première rétention, sans douleur, pas plus fréquemment.

Ce matin, le jet avait perdu un peu de sa grosseur.

Introduction un peu douloureuse d'une bougie n°. 8, qui fut gardée pendant trois quarts d'heure. Elle ne rapporta aucune trace de dépression.

Le 25. La bougie placée hier matin a causé de la douleur, une cuisson assez vive. Jet de l'urine aussi gros, mais un peu douloureux; urine rougeâtre, un peu sanguinolente. Urines faciles la nuit passée. Ce matin il a eu trois envies qu'il n'a pu satisfaire. Une bougie n°. 7 est introduite.

Depuis le commencement du traitement, le jet de l'urine est toujours plus petit le matin qu'à tout autre moment de la journée.

Les 26 et 27, *id.*

Le 29. Pas de bougie hier. Le matin, ischurie; urines faciles pendant le reste de la journée. Aujourd'hui, bougie n°. 8, gardée vingt minutes; elle ne rapporte aucune empreinte.

Le 30. Un porte-empreinte, n°. 8 environ, est légèrement arrêté à

quatre pouces. Le prolongement est volumineux, n°. 7, triangulaire, sans dépression qui puisse faire soupçonner l'existence d'un obstacle. La sonde n°. 6 passe sans éprouver le moindre obstacle, sans être même légèrement serrée.

Le 12 janvier 1832. La dilatation a été continuée depuis le 30 décembre jusqu'à ce jour, avec une bougie du même n°. 8. Aujourd'hui, bougie emplastique n°. 10 faible; elle est un peu serrée dans tout le canal. Arrivée vers le col de la vessie, elle occasione des envies très pressantes d'uriner, qui obligent à la retirer. Elle est replacée et gardée pendant vingt minutes, sans fatiguer le malade. Point d'empreinte. Urines très faciles.

Le 16. Hier, sans cause connue, fréquentes envies d'uriner depuis midi jusqu'à sept heures du soir. L'urine s'écoulait facilement, mais en petite quantité chaque fois. Le canal est exploré; aucun obstacle ne gêne le passage des bougies et des sondes,

Fugier revient aujourd'hui 31, après quinze jours, pendant lesquels il a entièrement cessé la dilatation. Les urines ont toujours été faciles, cinq à six fois par jour, une fois par nuit, par un jet gros, bien lancé, sans douleur. L'écoulement a complètement disparu. Il a pu reprendre entièrement ses premières habitudes.

Après avoir donné deux observations de rétrécissemens guéris par la cautérisation et la dilatation combinées, j'ai voulu en rapporter une dans laquelle la dilatation seule avait été employée. Mais ici les circonstances étaient différentes, les rétrécissemens étaient récens. C'était un de ces cas indiqués par les auteurs, et dans lesquels la dilatation est, avec raison, regardée comme un moyen curatif; j'y ai eu recours, et le résultat a justifié mon attente.

Aurait-on pu amener une guérison plus rapide en dilatant le canal au moyen de sondes laissées à demeure et remplacées par d'autres de plus en plus volumineuses à mesure que le canal aurait cédé? Je n'ai pas pu pratiquer la dilatation de cette manière, parce qu'il

aurait été impossible au malade d'interrompre ses occupations pendant le temps nécessaire pour le traitement, et surtout parce que je pensais que la présence des corps dilatans n'aurait pu être supportée par le canal, sans qu'il en résultât une irritation assez forte pour obliger ensuite de suspendre le traitement pendant plusieurs jours. Chez ce malade, comme chez le plus grand nombre de ceux que j'ai pu observer, il fallait retirer les bougies après une demi-heure ou une heure; elles ne pouvaient être gardées plus long-temps. Chez un autre, qui avait un rétrécissement près de la portion prostatique, une sonde laissée à demeure pendant douze heures détermina un chatouillement peu incommode : elle fut retirée aussitôt, mais l'effet était produit, une orchite intense se déclara. Je pense donc que ce n'est que dans quelques cas, malheureusement trop rares, qu'on pourra avoir recours à la dilatation permanente. Il faudra rencontrer des sujets chez lesquels la sensibilité du canal soit usée, ou n'ait jamais existé qu'à un bien faible degré. Tel était probablement le cas d'un malade chez lequel M. le docteur *Gensoul* put, le quatrième ou cinquième jour du traitement, introduire une bougie du n°. 11, après avoir employé successivement les numéros plus faibles depuis le deuxième. On devra, en pareille circonstance, favoriser l'action des corps dilatans par l'emploi des narcotiques introduits dans le canal, et par les antiphlogistiques locaux et généraux, moyens mis en usage ave succès chez le malade dont il est question, et bien capables de diminuer le spasme et l'irritation des tissus soumis à la dilatation.

N'arrivera-t-il pas que plus l'obstacle sera profond, et plus il y aura de chances défavorables contre l'heureux effet de ce mode de dilatation, à cause de l'étendue plus grande de la surface muqueuse sur laquelle agiront les bougies? Le danger augmentera encore si le rétrécissement est situé près de la portion prostatique, à cause de la proximité des conduits éjaculateurs auxquels l'irritation pourra aisément se transmettre. On serait exposé alors à produire quelque accident de la nature de celui que j'ai signalé plus haut.

PROPOSITIONS.

I.

Les recherches sur les causes des rétrécissemens prouvent qu'ils sont dûs le plus souvent à la longue durée des blennorrhagies, et rarement aux injections astringentes, que l'on doit regarder, quand elles sont bien employées, comme un très bon moyen pour amener la résolution de l'engorgement de la membrane muqueuse urétrale.

II.

La profondeur et l'étendue des rétrécissemens varient beaucoup. Ils peuvent se former indistinctement dans tous les points du canal; mais c'est de quatre à six pouces qu'on les rencontre le plus souvent. Quant à leur étendue, elle varie depuis celle des simples brides jusqu'à celle des callosités, qui, sous forme de plaques, peuvent occuper une surface assez grande.

III.

Le degré d'allongement de la verge étant susceptible de varier d'un instant à l'autre, même dans l'état de flaccidité de cet organe, on

doit ne jamais appliquer le caustique à la profondeur indiquée par les porte-empreintes avant d'avoir encore reconnu l'obstacle avec la sonde à cautériser.

IV.

Le nombre des rétrécissemens varie autant que leur disposition ; il est très fréquent d'en rencontrer plusieurs. M. *Lallemand* en a trouvé jusqu'à sept.

V.

Il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître la nature des rétrécissemens organiques, à l'exception des brides et des stries comme fibro-cartilagineuses, obstacles pour lesquels la sonde donne des sensations particulières.

VI.

Moyen curatif pour les rétrécissemens récens, la dilatation n'est que palliative quand la maladie est ancienne.

VII.

Dans les cas de rétrécissement ancien, on doit avoir recours à la cautérisation. Par ce moyen, on procurera une guérison prompte et solide. L'action du caustique sera d'autant plus avantageuse qu'on aura affaire à un rétrécissement plus étendu. C'est ce que l'expérience a prouvé à M. *Lallemand*, dont l'opinion est sur ce point, tout-à-fait opposée à celle de M. *Aumont*.

VIII.

Lorsque le canal, dans le point malade, est encore assez large

pour admettre une sonde porte-caustique, n.° 1, il faut, après s'être assuré de la disposition de l'obstacle, commencer le traitement par la cautérisation. Faite alors, elle agira bien mieux que si on ne l'eût pratiquée qu'après avoir, par le moyen de la dilatation, rendu au canal une largeur assez considérable. Dans ce cas, en effet, l'obstacle ne sera pas aussi facilement senti. La dilatation devra, au contraire, précéder la cautérisation lorsque le rétrécissement, extrêmement étroit, ne livrera passage qu'à de très petites cordes à boyau; alors l'application du caustique pourrait amener une rétention d'urine.

IX.

La dilatation doit être employée conjointement avec la cautérisation, dont elle aide l'action. La prudence veut qu'on y ait recours pendant quelque temps après que l'obstacle aura été détruit par le caustique. On ne doit s'abstenir de l'emploi de ce moyen que lorsque les malades ne peuvent le supporter. M. *Lallemand* cite des cas de ce genre; je pense qu'ils doivent se présenter rarement.

X.

Quelques auteurs, partisans exclusifs de la dilatation, reprochent à l'autre mode de traitement la douleur qui succède à la cautérisation, et quelques autres accidens, comme la diminution du jet de l'urine, les accès de fièvre, le plus ordinairement légers, qui peuvent se manifester après l'application du caustique, l'inflammation des testicules et les dépôts qui se forment quelquefois dans la région périnéale.

Mais 1°. la douleur produite par l'application du caustique est toujours de peu de durée, et rarement assez forte pour que le malade songe à l'accuser. Le plus souvent il n'a éprouvé qu'une légère cuisson; enfin, dans le cas où il se plaint d'une douleur vive, il y

a lieu de croire que le caustique n'a pas été bien appliqué, ou bien qu'une portion, dissoute dans le liquide qui mouillait le canal, a agi sur les parties saines.

La dilatation est toujours aussi accompagnée d'une sensation douloureuse dans le canal ; et si quelquefois elle n'est point aussi vive que celle produite par le nitrate d'argent, elle se fait sentir sur une surface plus étendue et dure plus long-temps.

2°. Les changemens dans le jet de l'urine, les accès de fièvre et l'inflammation des testicules, sont des accidens qui s'observent aussi fréquemment après la dilatation qu'après la cautérisation.

3°. Quant aux abcès qui se forment au périnée, on ne les observe guères que lorsque l'on emploie les corps dilatans en même temps que le caustique, et alors ils succèdent à la déchirure du canal ou à une fausse route faite le plus souvent par les cordes à boyau.

XI.

Lorsque la cautérisation, dépassant les limites du canal, vient agir sur le tissu cellulaire sous-muqueux, il arrive qu'il se forme dans l'épaisseur du canal de l'urètre des noyaux d'engorgement qui souvent le rendent adhérent aux corps caverneux. On doit alors cesser entièrement la dilatation et la cautérisation, et l'on verra bientôt se dissiper cet engorgement, que l'emploi des moyens précités n'aurait fait qu'entretenir.

XII.

Le même traitement doit être appliqué dans le cas de rétrécissement compliqué d'une ou de plusieurs fistules urinaires. La destruction rapide des obstacles ne tarde point à être suivie de la cicatrisation des fistules, qui n'étaient entretenues que par le passage des urines.

XIII.

Le traitement par la dilatation est, au contraire, alors extrêmement long, et l'expérience a démontré que le séjour des sondes, que l'on laisse le plus souvent à demeure, produit dans le canal et jusque dans les fistules une irritation suivie d'une exhalation abondante de mucosités très nuisibles à la cicatrisation des ouvertures fistuleuses.

XIV.

Les auteurs ne se sont point assez attachés à indiquer les dimensions que doivent avoir les cuvettes des porte-caustiques. Une cuvette ayant cinq lignes de longueur, une de profondeur et autant de largeur, capable de contenir un grain de nitrate d'argent, est, je crois, celle que l'on doit préférer. Plus petite, elle ne recevrait pas une assez grande quantité de caustique pour que l'opération fût suivie d'heureux résultats ; plus longue et plus large, elle contiendrait plusieurs grains de nitrate d'argent, et présenterait, comme la bougie armée, l'inconvénient de laisser dans le canal un fragment de caustique quelquefois assez volumineux. Sans supposer même cet accident, qui pourrait en entraîner d'autres bien graves, il doit être dangereux d'agir avec une cuvette très large, à cause de la difficulté de limiter la cautérisation, même dans les cas où l'on ne découvre qu'en partie le caustique ; mieux vaut faire deux ou trois applications qu'une seule, qui pourrait être suivie de la destruction d'une portion des parois du canal, d'une hémorrhagie, d'un abcès au périnée, sans compter les autres accidens consécutifs.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Sudor multus, frigidus aut calidus, semper fluens, frigidus quidem majorem, calidus verò minorem morbum significat.

II.

Quibus percissum fuerit cerebrum, his necesse est febrem, et bilis vomitum supervenire.

III.

Si mulieri prægnanti erysipelas in utero fiat, lethale.

IV.

In morbis acutis, extremarum partium frigus, malum.

V.

A puris sputo, tabes, et fluxus, malum. Postquàm verò sputum retinetur, moriuntur.

VI.

Si à leucophlegmatiâ detento vehemens diarrhæa superveniat, morbum solvit.